

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION  
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

**Sous-direction des professions médicales  
et des personnels médicaux hospitaliers (M)  
Bureau M 2**

Personne chargée du dossier : R. CATELAND

Téléphone : 01.40.56.52.90

Télécopie : 01.40.56.53.54

e-mail : [renaud.cateland@sante.gouv.fr](mailto:renaud.cateland@sante.gouv.fr)

**La ministre de l'emploi et de la solidarité  
Le ministre délégué à la santé**

à

Mesdames et messieurs les directeurs  
d'agence régionale de l'hospitalisation  
pour information et mise en œuvre

Madame et messieurs les préfets de région  
Direction régionale des affaires sanitaires et sociales  
pour information et mise en œuvre

Mesdames et messieurs les préfets de département  
Direction départementale des affaires sanitaires et sociales  
pour information et mise en œuvre

Mesdames et messieurs les directeurs d'établissement  
pour information et mise en œuvre

Circulaire DHOS/M2/2002/N° 58 du 30 janvier 2002 relative à la mise en œuvre du protocole d'accord du 22 octobre 2001 relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail des médecins, pharmaciens et odontologistes hospitaliers.

Date d'application : immédiate

Résumé : la mise en place de la RTT des médecins, pharmaciens, biologistes et odontologistes.

Textes de référence :

- Décret n°84-131 du 24 février 1984 modifié portant statut des praticiens hospitaliers ;
- Décret n°85-384 du 29 mars 1985 modifié portant statut des praticiens exerçant leur activité à temps partiel ;
- Décret n°87-788 du 28 septembre 1987 modifié relatif aux assistants des hôpitaux ;
- Décret n°93-701 du 27 mars 1993 modifié relatif aux praticiens contractuels des établissements publics de santé .
- Décret n°95-569 du 6 mai 1995 modifié relatif aux médecins et pharmaciens recrutés par les

établissements publics de santé, les établissements de santé privés participant au service public hospitalier, et l'Etablissement français du sang;

- Arrêté du 14 septembre 2001 relatif à l'organisation et à l'indemnisation des services de garde et à la mise en place du repos de sécurité dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux.

Le 22 octobre 2001, le gouvernement a signé avec les quatre organisations syndicales représentant les personnels médicaux hospitaliers un protocole sur la réduction et l'aménagement du temps de travail des personnels médicaux.

Ce protocole, qui confirme et complète les acquis du protocole du 13 mars 2000, constitue le cadrage national des conditions dans lesquelles doit se faire l'aménagement et la réduction du temps de travail d'une part, et l'intégration des gardes dans le temps de travail d'autre part.

Il concerne les praticiens hospitaliers à temps plein, les praticiens hospitaliers à temps partiel, les praticiens adjoints contractuels, les praticiens contractuels et les assistants.

L'objet de cette circulaire est de préciser les conditions et le calendrier d'application de l'aménagement et de la réduction du temps de travail des médecins, pharmaciens, biologistes et odontologistes en distinguant les mesures applicables en 2002, année de transition, et celles applicables en 2003. En particulier, vous sont indiquées les modalités de gestion des premiers mois de 2002, dans l'attente de la publication des textes réglementaires nécessaires à la mise en œuvre du protocole d'accord.

## **I/ MESURES PRENANT EFFET EN 2002**

La définition des obligations de service hebdomadaires est inchangée et reste exprimée en demi-journées. En 2002, à titre transitoire, les gardes continuent d'être effectuées en dehors des obligations hebdomadaires de service.

Restent incluses dans les obligations hebdomadaires de service les demi-journées d'activité d'intérêt général dans lesquelles s'inscriront à compter de l'automne 2002 les contrats d'enseignement et de recherche, les demi-journées d'activité libérale, toutes les activités liées au service hospitalier s'inscrivant dans le cadre de coopérations, réseaux, activités multi-établissements, ainsi que les périodes de formation continue telles qu'elles sont définies par les différents statuts.

### **Réduction du temps de travail**

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2002, les personnels médicaux à temps plein concernés par le protocole du 22 octobre 2001 bénéficieront de 20 jours de RTT (jours ouvrés). Le nombre de jours de travail annuel passera donc de 227 à 207 jours soit 414 demi-journées (365 - 104 jours de week-end - 9 jours fériés - 25 jours ouvrés de congés annuels - 20 jours ouvrés de RTT).

Pour les praticiens hospitaliers à temps partiel, les PAC à temps partiel, les assistants à temps partiel, les praticiens contractuels à temps partiel et les praticiens hospitaliers temps plein exerçant une activité hebdomadaire réduite, le nombre de jours de congé obtenus au titre de la RTT sera calculé au prorata du nombre de demi-journées travaillées.

Les jours de RTT ne seront acquis qu'après accomplissement de périodes d'activité dûment constatées, selon des modalités qui seront précisées par les textes réglementaires. Ils pourront être pris au fur et à mesure de l'ouverture des droits ou être capitalisés sur un Compte Epargne Temps (CET), en fonction des conditions d'exercice dans les établissements, des nécessités de service et des souhaits des intéressés.

En tout état de cause, si l'ouverture de droits court à compter du 1<sup>er</sup> janvier, les jours de RTT ne seront utilisables qu'à partir de la publication des textes réglementaires qui en préciseront les modalités d'ouverture et d'utilisation.

Un décret fixant le nombre de jours RTT et leurs modalités d'utilisation est en préparation. Il a été soumis à l'examen du Conseil supérieur des Hôpitaux le 15 janvier 2002.

La publication de ces textes est prévue pour la fin février 2002.

L'utilisation des jours RTT nécessitera un suivi et une organisation qui s'inscrivent dans la gestion des tableaux de service. La production régulière des tableaux de service par les services est donc plus que jamais nécessaire.

### **Compte épargne temps**

Le protocole d'accord du 22 octobre 2001 prévoit d'accompagner la réduction forfaitaire du temps de travail des personnels médicaux hospitaliers par l'instauration d'un compte épargne temps, permettant une grande souplesse d'utilisation des jours libérés.

L'accès à ce nouveau dispositif sera ouvert à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2002. Un décret, en cours de préparation, viendra en préciser les modalités de constitution et d'utilisation. Sa publication est également susceptible d'intervenir avant la fin février 2002.

Sans attendre ces publications, les précisions suivantes peuvent être apportées :

- seuls les congés ou les compensations non soldés à partir de l'année 2002 ouvrent droit à alimentation du CET dans la limite de 10 jours de congés et de 30 jours au total par an;
- au cours des congés ouverts au titre de la RTT et du CET, le bénéficiaire sera considéré comme étant en position d'activité. Les seules activités compatibles avec un congé au titre de la RTT sont celles prévues pour chacune des catégories statutaires selon les droits et modalités prévus dans leur statut respectif. Il en résultera pour lui une interdiction absolue d'exercer, pendant ces périodes, toute activité rémunérée. A titre d'exemple, s'agissant des praticiens hospitaliers temps plein, les seules activités compatibles avec un congé au titre de la RTT seront la production d'œuvres scientifiques, littéraires ou artistiques ; les activités de formation mutuelle exercées par les psychiatres en dehors de leurs obligations de service ; les expertises ou consultations que les praticiens hospitaliers peuvent être autorisés à effectuer ou à donner sur la demande, soit d'une autorité administrative ou judiciaire, soit de personnes ou d'organismes privés ; les activités de chargé de mission d'inspection de pharmacie effectuées par les pharmaciens des hôpitaux .

### **Revalorisation des déplacements dans le cadre des astreintes**

La revalorisation des déplacements en astreinte des personnels médicaux, prévue dans le protocole du 22 octobre, sera effective au 1<sup>er</sup> janvier 2002. Un arrêté relatif à sa mise en œuvre est en cours de signature. L'indemnisation du déplacement passera de 50,16 Euros à 61 Euros.

S'agissant de l'intégration des temps de déplacement dans le temps de travail, les dispositions de l'article 17 de l'arrêté du 14 septembre 2001 relatif à l'organisation et à l'indemnisation des services de garde et à la mise en place du repos de sécurité resteront applicables en 2002 et seront adaptées en 2003 pour prendre en compte l'intégration des gardes dans le temps de travail.

## **Valorisation de l'assistantat**

La mise en place de la prime prévue par le protocole d'accord pour les assistants qui signeront un engagement de servir de deux ans ou de quatre ans nécessite une modification du décret portant statut des assistants, en cours d'élaboration.

Seront éligibles à ce nouveau dispositif tous les assistants recrutés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2002 ou dont le contrat sera renouvelé à compter de cette date, sous réserve qu'ils remplissent les conditions pour signer un engagement de 2 ou 4 ans. Cet engagement fera l'objet d'un avenant à leur contrat après publication des textes réglementaires.

## **II/ MESURES PRENANT EFFET A COMPTE DU 1<sup>er</sup> JANVIER 2003**

### **Intégration des gardes dans le temps de travail**

L'intégration des gardes dans le temps de travail imposée par la directive européenne 93/104 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail sera effective à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2003. Les décrets statutaires des personnels concernés seront modifiés pour prendre en compte cette mesure et redéfinir le temps de travail et les obligations hebdomadaires de service.

L'application de cette mesure nécessite une réflexion approfondie dans chaque établissement et le développement opérationnel de coopérations inter-établissements. Les réorganisations qui s'en suivront devront faire l'objet de concertations au niveau des établissements et être adoptées dans le courant de l'année 2002 par les CME et les Conseils d'administration des établissements. Pendant l'année 2002, à titre transitoire, le système actuel des gardes est maintenu.

Une indemnité de sujétion sera créée pour rémunérer les plages de travail de nuit, de week-end et de jours fériés, intégrées dans les obligations de service.

Une indemnité de plage additionnelle sera créée pour rémunérer le travail effectué – sur la base du volontariat – au-delà des obligations de dix demi-journées hebdomadaires de service (ou de 48 heures hebdomadaires pour les services organisés en temps continu).

## **III/ MISE EN ŒUVRE ET SUIVI DU PROTOCOLE**

### **Elaboration des projets d'organisation médicale**

Le nouveau dispositif appelle une réorganisation du temps médical à l'hôpital public, qu'il convient de préparer dès à présent.

C'est pourquoi il vous appartient d'inviter les établissements à élaborer et mettre en œuvre les mesures de réorganisation rendues nécessaires par la modification du système de permanence des soins.

Chaque établissement élaborera un projet de réorganisation médicale qui devra vous être transmis au plus tard pour le mois de juin 2002.

Ce projet devra rechercher notamment les possibilités de mutualisation des moyens en personnel médical aussi bien à l'intérieur de l'établissement qu'entre établissements voisins, avec pour objectif la meilleure prise en charge des besoins de santé au sein des bassins de vie, tels qu'ils auront été définis par les SROS. Il devra être l'occasion pour les différents acteurs d'approfondir et de relancer les dispositifs de coopération inter-hospitalière.

Ce projet devra également prendre en compte l'impact de l'organisation médicale sur l'organisation du travail des personnels non médicaux et faire le lien entre l'ARTT des personnels relevant de la fonction publique hospitalière et la réorganisation de l'activité médicale.

Compte tenu des spécificités de l'organisation médicale il n'est pas prévu d'accord local pour la mise en œuvre du protocole du 22 octobre 2001. Le projet d'organisation médicale devra être soumis aux avis des instances de l'établissement, commission médicale d'établissement et conseil d'administration, avant de vous être transmis.

Vous allouerez à chaque établissement, sur la base des projets de réorganisation médicale et après concertation sur les modalités de mise en œuvre du dispositif, les moyens nécessaires en distinguant à effet du 1/01/02 les mesures immédiates (revalorisation des déplacements en astreinte et contrats d'engagement pour les assistants) et la répartition des postes médicaux.

Vous rappellerez aux chefs d'établissement et aux responsables médicaux le caractère indispensable des tableaux de service. En effet, ces tableaux de service, deviendront le support de la mise en application de la nouvelle définition du temps de travail médical à l'hôpital.

### **Attribution des postes médicaux**

Les besoins en personnel médical ont été évalués à 3500 emplois supplémentaires pour mener à bien la réduction et l'aménagement du temps de travail. Une première tranche portant sur le recrutement de 2000 médecins, pharmaciens, biologistes et odontologistes (dont la moitié au moins de PH), se fera sur deux ans.

Les critères de répartition des moyens entre régions et intra-régionaux ne seront définitivement arrêtés qu'après consultation du comité national de suivi.

S'agissant des critères de répartition des moyens entre les établissements de votre région, ils devront prendre en compte des efforts de réorganisation médicale et de mutualisation des moyens de permanence médicale et des plateaux techniques que feront apparaître les projets d'organisation médicale.

### **Suivi de la mise en œuvre du dispositif**

Le suivi de la mise en œuvre du protocole du 22 octobre 2001 est organisé en trois niveaux géographiques, associant pouvoirs publics et partenaires sociaux.

#### **Comité national**

Un comité de suivi de la mise en œuvre du protocole est mis en place au niveau national. Présidé par le Directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, il est composé de représentants des organisations représentatives des professions médicales signataires du protocole.

Le comité national est informé et consulté sur :

- les modalités d'organisation des comités de suivi des trois niveaux ;
- les critères de répartition des moyens entre régions ;
- les projets de modifications réglementaires ;
- l'analyse des remontées d'informations en provenance des comités régionaux. A cet effet, vous veillerez à me transmettre les bilans d'action réalisés par les comités régionaux à fin de communication au comité national. En outre, ce dernier sera destinataire des synthèses régionales des diagnostics réalisés dans les établissements au printemps 2001 ;
- la méthode de l'évaluation nationale du dispositif et ses résultats.

Le comité national se réunit au moins une fois par trimestre.

### Comités régionaux de suivi

Les comités régionaux de suivi sont présidés par le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

Dans un souci de simplification et de plus grande cohérence, les comités régionaux mis en place pour le suivi du protocole du 22 octobre 2001 assureront également le suivi de la mise en œuvre du protocole du 13 mars 2000.

En outre, les comités régionaux de suivi s'appuieront sur les travaux de la commission consultative régionale chargée du suivi de la mise en place du repos de sécurité, prévues à l'article 11 de l'arrêté du 14 septembre 2001 relatif à l'organisation des services de gardes et à la mise en place du repos de sécurité dans les EPS autres que les hôpitaux locaux.

Chaque organisation syndicale signataire du protocole représentant les personnels médicaux, y est représentée par deux membres, soit huit membres au total.

Les autres membres sont :

- le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales ;
- un membre représentant la Conférence des directeurs généraux de CHU ;
- un membre représentant la Conférence des directeurs de Centres Hospitaliers ;
- un membre représentant la conférence des Présidents de CME de CHU ;
- un membre représentant la conférence des Présidents de CME de Centres Hospitaliers Généraux ;
- un membre représentant la conférence des présidents de CME de Centres Hospitaliers Spécialisés ;
- deux membres représentant la Fédération Hospitalière de France.

Les comités régionaux sont informés et consultés notamment sur les points suivants :

- les critères et la répartition des moyens au sein de la région, en cohérence avec les logiques d'organisations retenues dans le SROS ;
- la méthode de l'évaluation régionale du dispositif et ses résultats;
- les conditions de mise en œuvre du dispositif au niveau local. Lors de leurs premières séances, les comités bénéficieront de l'état des lieux du temps de travail médical réalisé dans les établissements au cours du printemps 2001.

Chaque comité régional se réunit au moins une fois par trimestre.

### Comités locaux de suivi

Les comités locaux de suivi sont présidés par le Directeur d'établissement ou son représentant.

Ils sont composés de représentants des personnels médicaux désignés par la CME et de membres de l'équipe de direction.

Au niveau de chaque établissement, vous veillerez à ce qu'une représentation équilibrée entre les différentes catégories statutaires médicales soit assurée. Les CME ne devront pas se contenter de désigner des représentants en leur sein : il leur est demandé que parmi les représentants des personnels médicaux figurent des médecins ne siégeant pas dans les CME. Plus particulièrement dans les CHU, vous veillerez à ce que les personnels médicaux non universitaires soient présents en nombre suffisant.

Dans un souci de simplification et de plus grande cohérence, les comités locaux de suivi peuvent être confondus avec la commission des gardes et astreintes prévue au décret du 14 septembre 2001 relatif à l'organisation et à l'indemnisation des services de garde et à la mise en place du repos de sécurité. Dans ce cas, elle en épouse la composition.

Les comités locaux sont associés à l'élaboration du projet d'organisation médicale et à la définition des complémentarités et coopérations à rechercher, avant sa présentation aux instances de l'établissement (CME et CA).

Par ailleurs, les comités locaux sont informés et consultés notamment sur :

- le résultat des concertations avec l'ARH et les moyens attribués à l'établissement ;
- la mise en œuvre au sein de l'établissement du dispositif ;
- la méthode et les résultats de l'évaluation du dispositif au niveau de l'établissement.

Chaque comité local se réunit au moins une fois par trimestre.

En outre, la DHOS reçoit régulièrement et informe les représentants des conférences des travaux des comités de suivi.

Vous voudrez bien me faire part de vos remarques et des difficultés éventuelles que vous rencontrerez dans la mise en œuvre de la présente circulaire.

DHOS

Sous-direction des professions médicales et des personnels médicaux hospitaliers

Bureau M2

Pour la Ministre et par délégation  
Le Directeur de l'hospitalisation  
et de l'organisation des soins

Edouard COUTY